

## **Antrag**

**der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulle Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Brigitte Pothmer, Corinna Rüffer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Integrative Pflegeausbildung – Pflegeberuf aufwerten, Fachkenntnisse erhalten**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Unsere Gesellschaft befindet sich im Wandel. Die Lebens- und Arbeitswelten verändern sich, das Alter bestimmt einen längeren Lebensabschnitt. Für eine gute Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen werden wir in Zukunft mehr und sehr gut qualifizierte Pflegekräfte brauchen. Damit stellen sich neue Herausforderungen für die Pflegeberufe.

Alte Menschen, Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen, Patientinnen und Patienten bringen den Wunsch nach einer selbstbestimmten Lebensführung und nach Mitbestimmung über die Art ihrer Pflege oder Behandlung zugleich immer selbstbewusster zum Ausdruck. Pflege muss deshalb künftig mehr als heute die Ressourcen und Potenziale kranker und pflegebedürftiger Menschen fördern und somit zu deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beitragen.

Diese Entwicklung, ebenso wie die Frage nach einer neuen Arbeitsteilung innerhalb der Heilberufe, insbesondere der zwischen Ärzteschaft und Pflege, stellen die berufliche Pflege vor große Aufgaben. Darin stecken aber auch vielfältige Chancen einer qualitativen Weiterentwicklung des Berufsbildes. Wollen wir mehr Frauen und Männer für den Pflegeberuf gewinnen und dauerhaft binden, sind Zufriedenheit im Beruf, gesellschaftliche Anerkennung sowie Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten zentral: Der Pflegeberuf muss eine Aufwertung erfahren.

Die Reform der Pflegeausbildung ist dabei ein wichtiger Baustein. Ziel einer solchen Reform muss es sein, die berufliche und rechtliche Eigenständigkeit durch klare Zuschreibung und Hervorhebung eigener Kernkompetenzen zu fördern und das berufliche Selbstbewusstsein zu stärken.

Eine zukunftsfähige Gesundheits- und Pflegepolitik muss eine sektorenübergreifende, interprofessionelle, regionale und wohnortnahe Versorgung gewährleisten, die

sich an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen der Patientinnen und Pflegebedürftigen orientiert. Die Pflege hat auf dem Weg in eine solche Versorgungsstruktur eine große Bedeutung. Es ergeben sich neue Aufgaben und Handlungsfelder für die Pflege, etwa in der interprofessionellen Teamarbeit, der Steuerung von Versorgungsprozessen (z. B. Case-Management), der Mitarbeit bei der Entwicklung innovativer Technologien und Assistenzsysteme, der Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement und neuen Versorgungskonzepten, bei Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und in der Beratung, Schulung und Anleitung.

Eine solche umfassende und passgenaue Versorgung erfordert ein grundlegendes Umdenken aller beteiligten Akteure, das sich nicht von heute auf morgen einstellt. Überwiegend findet die pflegerische und gesundheitliche Versorgung heute noch in den traditionellen Versorgungsinstitutionen Altenheim, ambulante Pflege und Krankenhaus statt.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Pflegeausbildung ignoriert diese Realität, indem er die Spezialisierung in diesen klassischen Feldern der Gesundheits- und Pflegeversorgung abschafft. Viele finanzielle und organisatorische Fragen der Umsetzung sind noch ungeklärt. Es droht ein Chaos, das im schlimmsten Fall dazu führen würde, dass die Zahl der Ausbildungsplätze und entsprechend der Pflegekräfte mindestens vorübergehend zurückgeht.

Die derzeitigen Strukturen sind vielfach für die vorgesehene generalistische Ausbildung nicht geeignet. Weder gibt es genug entsprechend qualifizierte Lehrkräfte noch ausreichend Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter. Die Ausbildungsträger werden ihre Auszubildenden nur noch die Hälfte der Zeit im Betrieb haben, da ist es schwierig, die komplette Verantwortung für die praktische Ausbildung zu übernehmen. Besonders in der Kinderkrankenpflege gibt es viel zu wenige Praxiseinsatzorte. Und in ländlichen Regionen dürfte die Vielzahl an unterschiedlichen Praxiseinsatzorten zu teilweise sehr langen Wegen der Auszubildenden führen. Bei der Finanzierung sind die Mehrkosten der Ausbildung zu niedrig angesetzt, das Ausfallrisiko tragen allein die Länder. Daher muss die Ausbildungsreform parallel zur Veränderung der Versorgungsbedarfe und -strukturen vollzogen werden. Denn weniger Auszubildende und damit weniger Pflegekräfte können wir uns nicht leisten.

Einerseits sollte die Ausbildungsreform den heutigen Versorgungsanforderungen und den Bedarfen aller drei Zweige der Pflegeberufe Rechnung tragen, andererseits jedoch schon heute die Weichen für eine Versorgungslandschaft und für Versorgungsbedarfe von morgen stellen.

Darüber hinaus muss sie unbedingt für die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs sorgen. Eine Selbstverständlichkeit müssen die landesweite Kostenfreiheit der Ausbildung sowie eine gesicherte und gerechte Finanzierung sein. Auch feste Angebote für eine hochschulische Pflegeausbildung, die über die derzeitigen Modellprojekte oder befristeten Modellstudiengänge hinausgehen, sind wichtig für die Attraktivität des Pflegeberufs.

Die geplante komplett generalistische Pflegeausbildung, die lediglich Vertiefungseinsätze in den einzelnen Fachgebieten vorsieht, wird diesen Anforderungen nicht gerecht. Wir befürchten einen Verlust an Fachwissen, das in der alternden Gesellschaft dringender denn je gebraucht wird. Ausgebildete Pflegefachleute müssen sich künftig auf eigene Faust nachqualifizieren, wenn sie in einem spezifischen Sektor (Altenpflege, Krankenpflege, Kinderkrankenpflege) arbeiten wollen. Tun sie das nicht, ist ihre Ausbildung weniger wert als heute.

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung vor diesem Hintergrund auf,
1. das Gesetzgebungsverfahren so lange auszusetzen, bis die endgültigen Verordnungen, nicht nur die Eckpunkte, zu den Ausbildungsinhalten und Prüfungen sowie zur Finanzierung vorliegen. Es muss ausreichend Zeit bleiben, diese Verordnungen in ihren Auswirkungen auf die künftige Struktur der Schul- und Ausbildungsstandorte sowie auf die finanziellen und versorgungspraktischen Auswirkungen auf Patientinnen/Patienten und pflegebedürftige Menschen zu prüfen. Für in diesem Prozess festgestellte Risiken müssen Lösungen gefunden werden;
  2. ein Konzept für eine integrativ gestufte Ausbildung zu entwickeln. Im ersten Ausbildungsabschnitt (eineinhalb bis zwei Jahre) werden identische Ausbildungsinhalte unterrichtet. Im zweiten Teil (ein bis eineinhalb Jahre) spezialisieren sich die Auszubildenden in einem der drei Berufe, mit dem sie die Ausbildung abschließen. Diese Form der Ausbildung schafft die Basis für eine verbesserte Zusammenarbeit der Pflegeberufe. Die Einsatzfelder und Entwicklungsmöglichkeiten der Auszubildenden werden erweitert. Eine Nachqualifizierung in einem der anderen Pflegeberufe wird erleichtert. Zugleich jedoch bleibt die derzeitige Spezialisierung weiter bestehen, das heutige Niveau der Versorgungsqualität bleibt erhalten;
  3. das Aus-, Fort- und Weiterbildungssystem durchlässiger zu gestalten. Das Qualifizierungssystem muss modular aufgebaut werden und von der Pflegehilfskraft bis zur Professur für Pflegewissenschaften alle Qualifikationsstufen umfassen. Bereits geleistete Ausbildungsinhalte müssen anerkannt, bestehende Ausbildungsstrukturen zwar erhalten, aber besser miteinander vernetzt werden. So kann die Aus- und Weiterbildung zeitnah an sich verändernde und neue Versorgungsbedarfe angepasst werden;
  4. die Durchlässigkeit zwischen den Sektoren zu erhöhen. So wie heute bereits eine Krankenpflegekraft selbstverständlich in einer stationären Einrichtung für Altenpflege arbeiten kann, soll es zukünftig ebenso möglich sein, dass eine Altenpflegekraft ihr Fachwissen in das Krankenhaus einbringt, etwa im Umgang mit demenzkranken Patientinnen/Patienten;
  5. um eine konsequente Durchlässigkeit für alle Ebenen der Pflegeausbildung zu garantieren, bedarf es auch der Harmonisierung der teils sehr unterschiedlichen länderspezifischen Regelungen für die Heilerziehungspflege sowie Pflegehilfs- und Assistenzberufe;
  6. einen Gesundheitsberufe-Gipfel einzuberufen, um eine Neuaufstellung der Gesundheitsberufe, sowohl was die Qualifikation als auch was die Aufgabenverteilung und die Kompetenzen angeht, grundlegend in Angriff zu nehmen. Neben der Ärzteschaft und der Pflege müssen auch andere Gesundheitsberufe wie etwa die Heilmittelerbringer einbezogen werden.

Berlin, den 15. März 2016

**Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion**

